**長岡技術科学大学（ｅラーニング高等教育連携・遠隔教育）**

**特別聴講学生履修願**

令和　　年　　月　　日

長岡技術科学大学長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏　　名 |  |
| 所属学校名 |  |
| 学部・学科・専攻名 |  |
| 学　　年 |  |

特別聴講学生として、貴学で開講する下記授業科目を履修したいので、許可くださるようお願いします。

記

履修を希望する授業科目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 授　業　科　目　名 | 学　期 | 単　位 | 担当教員名 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |